



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2012

Burnout

Hättenschwiler, Josef ; Seifritz, Erich ; Holsboer-Trachsler, Edith ; Hemmeter, Ulrich M ; Keck, Martin
E ; Preisig, Martin ; Rennhard, Stefan ; Walitza, Susanne ; Modestin, Jiri

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-74490>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Hättenschwiler, Josef; Seifritz, Erich; Holsboer-Trachsler, Edith; Hemmeter, Ulrich M; Keck, Martin E;
Preisig, Martin; Rennhard, Stefan; Walitza, Susanne; Modestin, Jiri (2012). Burnout. PrimaryCare,
12(18):353-358.

Josef Hättenschwiler, Erich Seifritz, Edith Holsboer-Trachsler, Ulrich Michael Hemmeter, Martin E. Keck, Martin Preisig, Stefan Rennhard, S.W. Walitza, Jiri Modestin

Burnout

**Seminar A3 an der 13. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM)
vom 16. und 17. Juni 2011 in Luzern**

Der Begriff «Burnout» wurde Mitte der 70er-Jahre erstmals vom amerikanischen Psychoanalytiker Freudenberg verwendet. Er beschrieb damit einen psychischen und physischen Erschöpfungszustand als spezifische Folge von Arbeitsüberbelastung von im Gesundheitswesen bzw. in «helfenden Berufen» Tätigen [1]. Der Begriff Burnout hat seitdem eine grosse Popularität erfahren und bezeichnet mittlerweile generell eine Reihe unspezifischer Folgen der chronischen Arbeits- und interpersonellen Stressbelastung, keinesfalls nur bei Angehörigen helfender Berufe. Während Burnout zunächst eher als ein gesellschaftliches statt individuelles Problem betrachtet wurde – die Burnout-Ursachen seien in den meisten Fällen in der Umwelt, insbesondere in den Arbeitsbedin-

**Unter Burnout zu
leiden, weist auf ein
hohes Arbeitsethos
und einen intensiven
Arbeitseinsatz hin ...**

gungen zu suchen [2] –, verliert sich diese Perspektive zunehmend, und die Tendenz zur Personalisierung und schliesslich Medikalisierung des Problems setzt sich immer mehr durch. Eine Tendenz, der sich ein mit betroffenen Patienten arbeitender Psychiater oder Psychotherapeut nicht entziehen kann – dies umso mehr, als der Begriff eine breite gesellschaftliche Akzeptanz erfahren

hat und auch von vielen Patienten präferiert wird. Er entlastet und ist nicht diskriminierend, ja sogar im Gegenteil: Unter Burnout zu leiden, weist auf ein hohes Arbeitsethos und einen intensiven Arbeitseinsatz hin.

Nicht nur die Literatur, sondern auch die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch Arbeitsbelastung entstehen, wachsen stetig. Allein in der Schweiz belaufen sich die durch stressbedingte Beschwerden verursachten Kosten auf jährlich 4,2 Milliarden Franken [3]. Die Vermutung liegt nahe, dass Burnout für einen Grossteil dieser Kosten verantwortlich ist. Genau erfasst sind Burnout-Fälle jedoch nicht, da Burnout nicht als eine eigenständige klinische Diagnose anerkannt ist. Es kann im ICD-10 unter Z73.0 «Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten der Lebensbewältigung» erfasst werden.

Wie entsteht und äussert sich ein Burnout?

Mit Burnout wird ein Zustand der Erschöpfung beschrieben, der auf äussere Faktoren zurückgeführt wird. Zunehmende Arbeitsbelastung durch ungünstige Arbeitsbedingungen und ein unbefriedigendes Arbeitsklima, Schichtarbeit, lange Arbeitszeiten, Anspannung sowie schwere körperliche Arbeit bei nicht trainierten Menschen führen zu Stress und münden in psychosozialer Belastung. Hinzu kommen Organisationsmängel, unklare Arbeitsrollendefinitionen, Widersprüche zwischen Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sowie individuelle psychologische Komponenten des Betroffenen. Dazu gehören Persönlichkeitsmerkmale der Leistungs- und Normorientiertheit, des Idealismus und des Perfektionismus, aber auch des Neurotizismus/der intrapsychischen Sensibilität, wie bereits vor Jahren empirisch nachgewiesen wurde [4]. Häufig sind somit besonders engagierte Personen Burnout-gefährdet.

Das Fehlen von Würdigung und Anerkennung der erbrachten Leistungen über eine längere Zeit kann dazu führen, dass die Betroffenen Misserfolge im Arbeitsleben als persönliche Niederlagen betrachten. Auf der Ebene der betrieblichen Organisation spielen in diesem Zusammenhang die vom Arbeitnehmer empfundene Wertschätzung seiner Tätigkeit und Fairness sowie die Glaubwürdigkeit der Unternehmenskommunikation eine wichtige Rolle. Bei der Behandlung von Burnout ist es wichtig, sich an den individuellen körperlichen, seelischen und geistigen Grenzen des Patienten zu orientieren [5].

Annäherung an ein arbeitspsychologisches Konstrukt

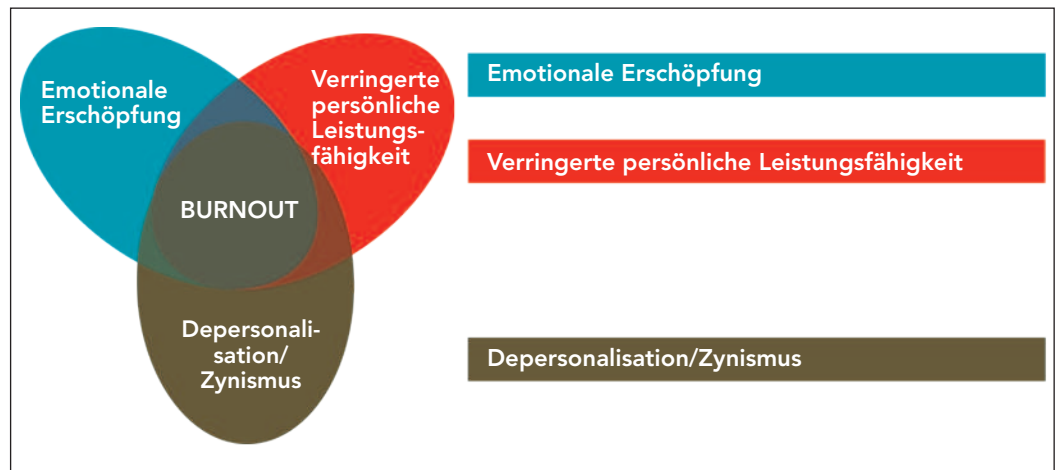
Burnout ist ein multidimensionales arbeitspsychologisches Konstrukt, das sowohl als Syndrom wie auch als Prozess beschrieben wird [6]. Es umspannt ein breites Spektrum an unerwünschten Veränderungen der Emotionen, der Wahrnehmung und des Verhaltens [7]. Umweltfaktoren, hier konkret der chronische Stress, scheinen bei der Entstehung eines Burnouts eine wichtigere Rolle zu spielen als die erwähnten habituellen Persönlichkeitsmerkmale oder demografische Faktoren (Geschlecht, Alter) [4, 8, 9]. Ein Bezug zu genetischen Faktoren konnte bislang nicht schlüssig identifiziert werden und ist Gegenstand der aktuellen Forschung [10]. Die meistgenannte Definition von Burnout geht auf Maslach und Jackson [11] zurück (Abb. 1). Sie beschreiben Burnout als ein dreidimensionales Syndrom, das (1.) emotionale Erschöpfung, (2.) verringerte subjektive Leistungsfähigkeit und (3.) Entpersönlichung, eine Art Depersonalisation, umfasst. Emotionale Erschöpfung wird als Kernaspekt von Burnout gesehen und geht einher mit dem Erleben von emotionaler und körperlicher Kraftlosigkeit. Sie widerspiegelt vor allem den chronischen Stressaspekt. Entpersönlichung beschreibt eine zynische, gefühllose, abgestumpfte Reak-

Abkürzungen

ACTH:	Adrenokortikotropin (hypophysär)
AVP:	Arginin-Vasopressin
CBI:	Copenhagen Burnout Inventory
CRH:	Kortikotropin Releasing Hormon (hypothalamisch)
HPA-Achse:	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
MBI:	Maslach Burnout Inventory
MBI-GS:	MBI General Survey
NaSSA:	noradrenerges und spezifisch serotogenes Antidepressivum
SNRI:	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SSRI:	selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
SSNRI:	selektiver Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

Abbildung 1

Die drei Dimensionen eines Burnouts nach Maslach und Jackson [13]. Jeder der drei Kernaspekte ruft unterschiedliche Verhaltensweisen hervor, die alle dazu dienen, mit der erlebten Überforderung fertig zu werden.



tion auf Klienten, wie z.B. Patienten oder Schüler, und wird als Versuch interpretiert, Distanz zu schaffen. Verminderte subjektive Leistungsfähigkeit beschreibt das Gefühl von Versagen und von Verlust des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten [11, 12].

Messinstrumente

Es wurden mehrere Instrumente zur Erfassung von Burnout entwickelt. Basierend auf den erwähnten Kernsymptomen wurde das Maslach Burnout Inventory (MBI) konstruiert, das bis heute breit angewendet wird [13]. Ursprünglich wurde das MBI nur für die Anwendung im Gesundheitswesen konzipiert. Später wurde es zum MBI General Survey (MBI-GS) ausgeweitet, einem berufsübergreifenden Instrument. Das MBI-GS wurde durch das Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ergänzt, das zwischen dem Arbeitsumfeld, dem persönlichen Umfeld und den berufsbezogenen Kundenkontakten differenziert [14]. Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) berücksichtigt bei der Analyse eines Erschöpfungszustandes auch physische und kognitive Aspekte [15]. In den Grundzügen sind sich diese Instrumente ähnlich.

Die Phasen von Burnout

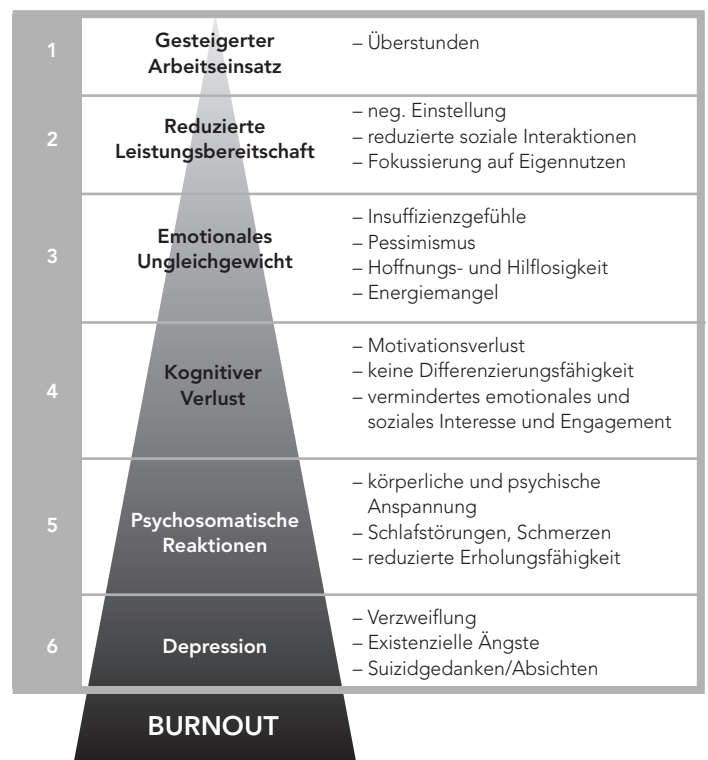
Ein Burnout entsteht nicht durch einmalige Belastungen, auch wenn diese extrem sind. Vielmehr ist es das Resultat einer lange anhaltenden und somit chronischen Überbelastung/Stressbelastung [12, 16]. Ausgelöst durch chronischen Arbeitsstress werden bei anhaltender Belastung verschiedene Stufen durchlaufen, die letztlich in einer depressiven Episode gipfeln können (Abb. 2). Burnout kann als eine negative Spirale verstanden werden, bei der psychische und physische Ressourcen langsam, aber stetig versiegen.

Die prozesshafte Entwicklung des Burnouts wurde von Burisch [12] in sechs Phasen eingeteilt, die sich am Schweregrad der Symptome orientieren:

- Phase 1: Erste Warnsignale sind gesteigerter Einsatz für Arbeitsziele, Zunahme an Überstunden bei gleichzeitigem Verzicht auf Erholungsphasen und Überbewertung des Berufes im Gesamtlebensbild (Abb. 2).
- Phase 2: Auf die gesteigerte Leistungsbereitschaft folgt meist eine Phase der Erschöpfung, des Rückzugs mit negativer Einstellung zur Arbeit (Gefühl, ausgebeutet zu werden, mangelnde

Anerkennung und Widerwille, zu arbeiten). Dieser Rückzug wirkt sich häufig auch auf das Sozialleben aus.

- Phase 3: Bei Fortschreiten des Prozesses nehmen emotionale Reaktionen wie Reizbarkeit, Ungeduld, Verbitterung, Schuldzuweisungen und das Aufgeben von zuvor wichtigen Lebenszielen zu – die reizbare Schwäche, also das neurasthenische Syndrom, kann das Bild ganz beherrschen.
- Phase 4: Die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz leidet unter der Stimmungslage und die Arbeitsorganisation, Denkfähigkeit, Motivation und Flexibilität der Betroffenen sind eingeschränkt. Dies mündet in Minimalismus bei der Arbeit und in Widerstand gegenüber Veränderungen.

**Abbildung 2**

Verschiedene Stufen, die bei der Entwicklung eines Burnouts als Folge von chronischem Arbeitsstress durchlaufen werden. Zu beachten ist, dass Burnout keine psychiatrische Diagnose ist, auch wenn ausgeprägte Burnout-Zustände nach empirischen Befunden eine depressive Episode begünstigen [6, 12, 16].

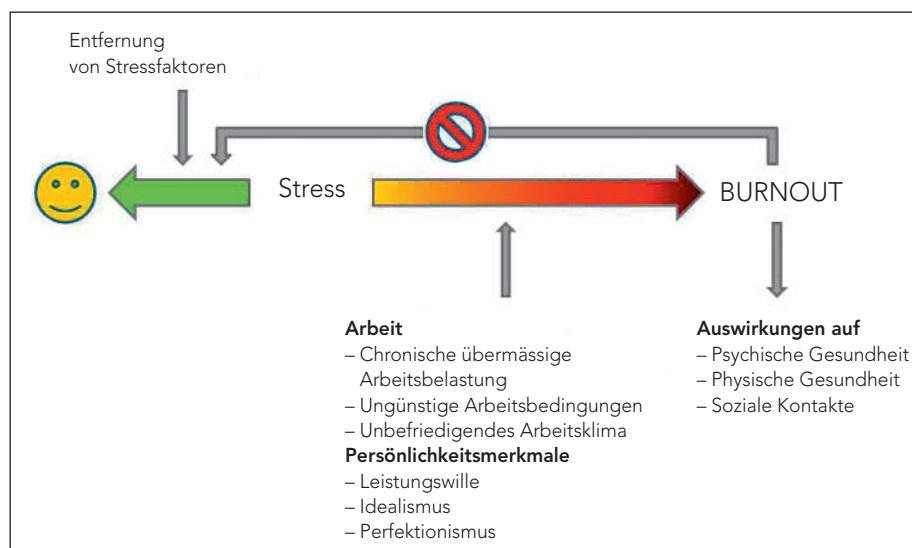


Abbildung 3

Unterschiede zwischen Stress und Burnout. Menschen die unter Stress leiden, können sich noch vorstellen, dass ihre Situation sich verbessert, wenn der Stress-Faktor entfernt wird. Bei Burnout-Patienten ist diese Vorstellung verloren gegangen. Sie fühlen sich leer, hilflos und ohne Motivation.

- Phase 5: Erfolgt keine Intervention, treten psychosomatische Beschwerden wie Verspannungen, Schmerzen, Schlafstörungen, Herz-/Kreislauf-Probleme und Verdauungsprobleme auf. Die Betroffenen sind nun nicht mehr in der Lage, sich zu entspannen und die nötige Erholung einzufordern. Es kann zu einer Schwächung des Immunsystems, Alkohol- und Drogenmissbrauch kommen.
- Phase 6: Die Abwärtsspirale kulminiert in einem depressiven Syndrom.

Obwohl Burnout das Resultat von lange andauerndem Stress ist, ist es nicht mit «Stress» an sich gleichzusetzen. Gestresste Menschen können sich immer noch vorstellen, dass sie sich besser fühlen, sobald sie alles wieder unter Kontrolle haben. Burnout-Betroffene haben zu diesem Gefühl keinen Zugang mehr. Sie fühlen sich leer, hilf- und motivationslos und mögen keinen Anteil mehr am Arbeitsprozess und an den damit verbundenen Geschehnissen nehmen (Abb. 3). Zusammenfassend stellt Burnout das psychophysische Resultat einer langdauernden übermässigen Stressbelastung dar.

Psychische Aspekte eines Burnouts

Die Entstehung eines Burnouts wird, wie oben dargelegt, durch gewisse Persönlichkeitsmerkmale begünstigt. Sehr oft kommen zudem in Stresssituationen ungünstige Coping-Strategien zur Anwendung, die nur der kurzfristigen Überbrückung der Stresssituation dienen, langfristig jedoch die Entstehung eines Burnouts begünstigen können. Zu ihnen gehören Substanzmissbrauch, sozialer Rückzug, Selbstmitleid und Flucht/Vermeidung. Sinnvoller wären indessen Problemanalyse, Selbstinstruktionen, Selbstregulation, Beseitigen der Stressquelle und Humor [17, 18].

Erschöpfung gilt als Kernsymptom eines Burnouts, sie ist aber auch ein relevantes Merkmal einer Depression. Ein wichtiger Unterschied der beiden Störungsbilder ist jedoch, dass Grundsymptome einer Depression, wie Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühle der Wertlosigkeit sowie Schuldgefühle, nicht zwingend bei einem Burnout auftreten [19], und es fehlt ihnen die vergleichbare Pervasivität.

Burnout zeichnet sich durch eine enge Abhängigkeit von der Belastung am Arbeitsplatz und von der Qualität des sozialen Umfelds aus, es handelt sich folglich um eine Kontextgebundene Störung. Dem gegenüber ist Depression ein Zustand, der jeden Aspekt des persönlichen Umfelds betrifft und dem ein vergleichbar konkreter, zwingender kontextueller Zusammenhang fehlt [10].

Physische Auswirkungen

Eine andauernde Stressbelastung hat Auswirkungen auf die körperliche Verfassung der Betroffenen. Ein Hauptmerkmal des Burnout-Zustandes ist, wie schon betont, eine chronische und exzessive Erschöpfung [20]. Der physiologische Mechanismus, der zu dieser Erschöpfung führt, wurde bislang nicht schlüssig identifiziert. Ein Zusammenhang von Burnout mit der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-(HPA)-Achse ist naheliegend, da bei der Entstehung eines Burnouts chronischem Stress die wichtigste Rolle zukommt [21]. Die HPA-Achse als zentrales

neuroendokrines Stresshormonsystem umfasst neuroendokrine Reaktionen von Kortikotropin Releasing Hormon (CRH, hypothalamisch), Adrenokortikotropin (ACTH, hypophysär) und Kortisol (adrenokortikal). Die HPA-Achse ist für die Wiederherstellung der Homöostase nach einer stressbedingten Belastung verantwortlich und dient der Aufrechterhaltung physiologischer körperlicher und psychischer Funktionen.

Die Datenlage zu einer HPA-Achsen-Dysregulation bei Burnout ist allerdings bislang inkonsistent [22]. Langelaan et al. [23] konnten zeigen, dass schon die Stressantizipation vor einem Arbeitstag signifikante Auswirkungen auf die frühmorgendliche Kortisolantwort hat. Mommersteg et al. [24] spekulierten, dass während der Entstehung eines Burnouts die Dysregulation der HPA-Achse eine Rolle spielt, jedoch nach seiner Manifestation an Bedeutung verliert. Es wird vermutet [22, 25], dass chronischer Stress zuerst eine Hyperaktivität der HPA-Achse hervorruft, welche jedoch nach Erschöpfung der adaptiven Reservekapazität in eine Hypoaktivität umschlägt und so mit Burnout korreliert. Chronischer Stress führt aber auch zu einer Erhöhung der Sympathikus-Aktivität bzw. zu einer verstärkten Ausschüttung von Adrenalin. Die diesbezügliche dauerhafte Überaktivierung kann zu weiteren Veränderungen der Stoffwechselregulation führen, die in Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Osteoporose oder Diabetes münden können. Die Auswirkungen von Burnout auf die Entstehung von Folgeerkrankungen sind Gegenstand der aktuellen Forschung [23–27].

Schlafbeschwerden

Schlafprobleme gelten als häufiges Begleitsymptom von Burnout [21, 28]. Die Schlafprobleme werden durch schlechte Arbeitsverhältnisse begünstigt und treten unabhängig von einer allfälligen Komorbidität mit Depression auf [7]. Damit schliesst sich der Teufelskreis aus Erschöpfung und ungenügender Erholung, weil die natürliche Erholung durch den Schlaf nicht eintritt. Schlafbeschwerden wie Einschlafstörungen, unbefriedigende Schlafqualität und verfrühtes Aufwachen korrelieren mit der Intensität von Burnout [29–31], die fehlende Erholung führt zu Tagesschläfrigkeit und Müdigkeit [21]. Schlafstörungen ihrerseits tragen zu einer Aktivie-

rung der HPA-Achse bei [32], zählen darüber hinaus zu den Risikofaktoren für eine Depression und sind gleichzeitig deren Hauptsymptom [33].

Zur Burnout-Diagnose

Manche Patienten stellen sich die Burnout-Diagnose, die mehrheitlich nicht als diskriminierend erlebt wird, selbst. Viele von ihnen leiden jedoch unter anderen identifizierbaren psychischen Störungen, die es zu erkennen und *lege artis* zu behandeln gilt. Die Diagnose des Burnouts ergibt sich aus der Präsentation der neurotheischen und/oder depressiven Beschwerden und Attributen einer belastenden Arbeitssituation. Ohne Arbeitskontext hat die Diagnose keine Berechtigung. Aber nicht jede Arbeitsbelastung ist Burnout-relevant, die Dynamik der Schere zwischen dem hohen Engagement und ungenügender (meist nichtmaterieller) Belohnung ist ausschlaggebend. Diagnostische Absicherung erfordert eine sorgfältige psychiatrische, aber auch allgemeinmedizinische und bei Bedarf eine schlafmedizinische Untersuchung [6]. Nach Ausschluss von körperlichen und anderen psychiatrischen Störungen wird eine dem Schweregrad des Burnouts angepasste Therapie eingeleitet (Abb. 4).

Therapie

Eine Behandlung von Burnout drängt sich auf, wenn die Problematik einen Krankheitswert erlangt hat; das heisst, wenn ein relevanter subjektiver Leidensdruck und/oder eine klinisch relevante Be-

einrächtigung wichtiger Lebensbereiche vorliegt. Ein Burnout hat immer multifaktorielle Ursachen. Dementsprechend orientieren sich die Behandlungsansätze an den dem Burnout im Einzelfall zu Grunde liegenden Faktoren. Im Vordergrund stehen drei Ansatzpunkte (Abb. 5) [18]:

- psychische Situation inklusive ungünstige Coping-Strategien und Persönlichkeitszüge;
- physiologische Prozesse inklusive HPA-Achse und Schlaf;
- ungünstige Arbeitssituation.

Die Therapie richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten und berücksichtigt den Schweregrad der Beschwerden. Allgemein kommen in erster Linie Gesprächstherapien, der Symptomatik entsprechende Psychopharmakotherapien, Entspannungsübungen und Kreativtherapien zur Anwendung. Der Betroffene muss erfahren, dass es sich nicht um persönliches Versagen handelt und dass unter Umständen auch der Stärkste dekomensieren kann. Die Herstellung einer Balance zwischen Einsatz und Belohnung ist das primäre Ziel der psychotherapeutischen Therapien. Wichtig wären diesbezüglich auch organisationsbezogene Interventionen, die aber im Einzelfall nicht immer und häufig kaum möglich sind: Optimierung von Arbeitsabläufen, positives Feedback seitens der Vorgesetzten und Mitarbeiter sowie Änderung von Arbeitseinteilung bei Schichtarbeit. Kognitives

Ohne Arbeitskontext hat die Burnout-Diagnose keine Berechtigung

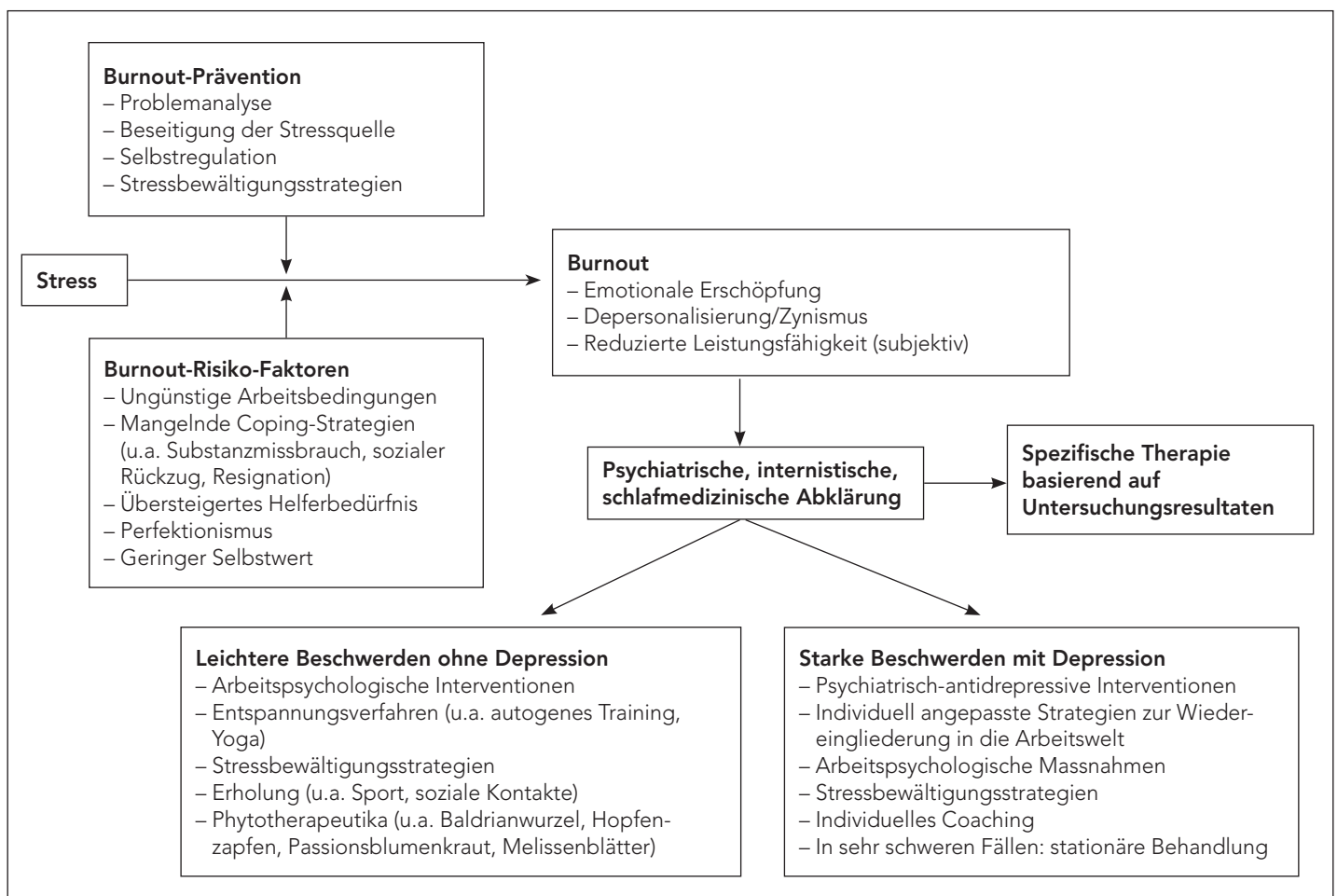
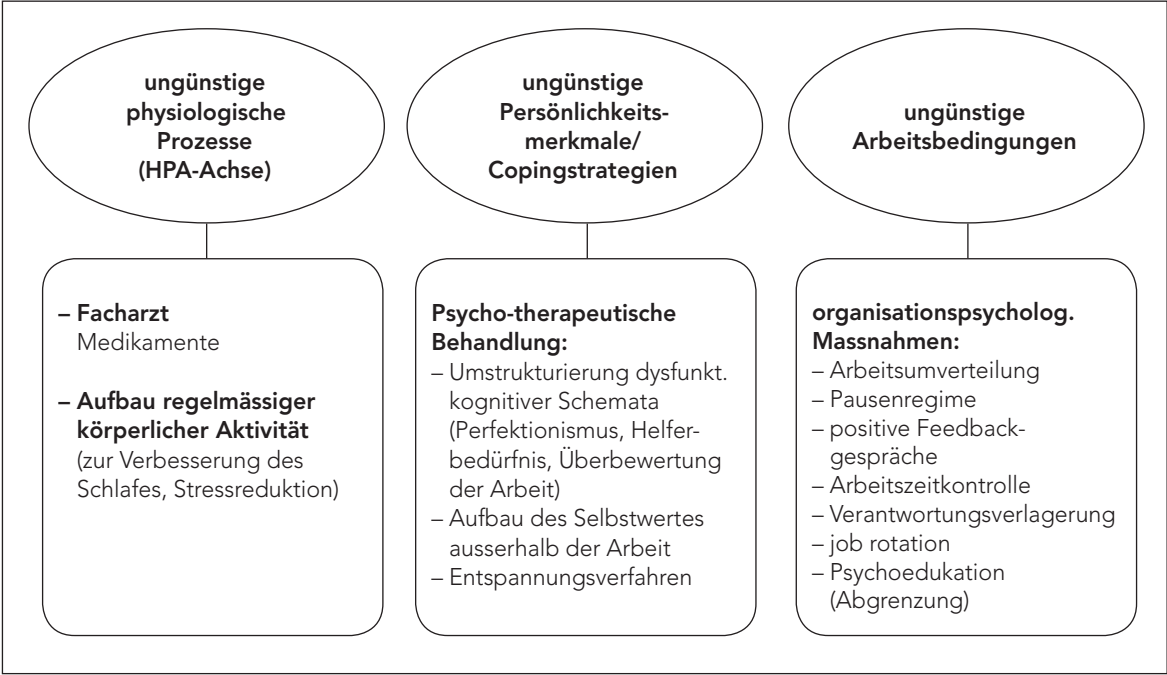


Abbildung 4

Therapeutisches Vorgehen bei der Behandlung von Burnout Patienten (zusammengestellt nach [6, 18, 43].

Abbildung 5

Behandlungsansätze bei Burnout. Burnout ist ein mehrdimensionales Problem mit physischen wie auch psychischen Beschwerden, dessen Ursprung ungünstige Arbeitsbedingungen (Arbeitsstress) sind. Eine umfassende Behandlungsstrategie beinhaltet deshalb drei Ebenen (zusammengestellt aus [18]).



Verhaltenstraining und berufsorientierte Trainings bleiben den Fachleuten vorbehalten.

Awa et al. [38] haben 25 Studien zur Effektivität von Interventionsprogrammen bei Burnout untersucht. Von den eingeschlossenen Studien deckten 68% personenbezogene Programme ab, 8% organisationsbezogene Programme und 24% bezogen beide Aspekte mit ein. 80% der Interventionsstrategien führten zu einer signifikanten Abschwächung des Burnout-Syndroms. Dies kann als ein empirischer Nachweis der Wirksamkeit solcher Interventionsstrategien betrachtet werden. Die personenbezogenen Interventionen führten zu einer kurzfristigen Verbesserung (6 Monate oder weniger) und die Kombination aus personenbezogenen und organisationsbezogenen Methoden zu einem längerfristig (12 Monate und länger) anhaltenden positiven Effekt. In allen Fällen nahmen jedoch die positiven Effekte der Intervention nach einiger Zeit ab. Bei mittel- bis mittelschweren sowie schweren Formen von Burnout mit Suizidalität sollte der Patient an einen Psychiater überwiesen werden. Bei einem schwierigen Therapieverlauf kann sich auch ein Konsilium beim Spezialisten anbieten.

Zusätzlich zu den akuten Behandlungsmassnahmen gilt es, der chronischen Natur des Burnouts entgegenzuwirken.

Behandlung unter Berücksichtigung des Schweregrades
Schlafstörungen kommen bereits beim Burnout minderer Intensität – noch vor einer wesentlichen Depressions- oder Angstkomponente – vor. Deren Behebung stellt häufig den ersten Behandlungsschritt dar. Dazu gehören nebst der Optimierung der Schlafhygiene Lifestyle-Änderungen, wie moderate körperliche Aktivität (Spazieren, Schwimmen, Radfahren), Entspannungsmassnahmen (Yoga, autogenes Training, progressive Muskelentspannung) und eine gesunde Ernährung. Bei Bedarf können Phytotherapeutika (beispielsweise Baldrianwurzel, Hopfenzapfen, Passionsblumenkraut und Melissenblätter Präparate) [34] oder – bei ausgeprägteren Schlafstörungen und möglichst kurzfristig –

Benzodiazepine eingesetzt werden. Dabei ist zwischen Einschlaf- oder Durchschlafstörungen zu differenzieren und entsprechend ein kurz-, mittel- oder längerfristig wirksames Präparat zu wählen (Halbwertszeiten beachten). Erfordern die Beschwerden eine längere medikamentöse Behandlung, sollte eher auf schlaffördernde und schlafnormalisierende Antidepressiva (siehe unten) zurückgegriffen werden [34].

Liegt ein Burnout mit signifikanter Depressions- oder Angstsymptomatik vor, erfordert die Behandlung neben den erwähnten Interventionen auch den Einsatz von Antidepressiva [6]. Die Therapie richtet sich nach den allgemein gültigen Behandlungsempfehlungen für Depression bzw. Angststörungen (Tab. 1 und 2) [35–38].

Tabelle 1
Klinisch-diagnostische Kriterien zur Auswahl eines Antidepressivums (nach [38]).

Syndrom/Diagnose	Mögliches Antidepressivum
Depression mit Schmerzsymptomatik	SNRI
Ängstliche Depression	SSRI, SNRI
Atypische Depression	MAOH, SSRI
Prämenstruelle dysphorische Störung	SSRI, SSNRI
Leichte Depression	Hypericum, SSRI
Schwere («melancholische») Depression	TZA, SSNRI
Wahnhaftige Depression	Antidepressivum + Antipsychotikum, Trimipramin
Dysthymie	SSRI
Bipolare Depression	SSRI + Stimmungsstabilisierer
Zwangserkrankung	TZA (Clomipramin), SSRI
Panikstörungen mit/ohne Agoraphobie	SSRI, SNRI, TZA
Generalisierte Angststörung	SNRI, SSRI
Soziale Phobie/soziale Angststörung	SSRI, SNRI
Posttraumatische Belastungsstörung	SSRI

Tabelle 2

Klinische syndromale Kriterien zur Auswahl eines Antidepressivums. DA: Dopamin, NA: Noradrenalin, 5-HT: Serotonin (nach [38]).

Symptome	Relevante pharmakologische Effekte	Beispiele geeigneter neuer Antidepressiva
Ängstlich-agitiert	5-HT _{2A} -Rezeptorblockade	Mirtazapin, Trazodon, Agomelatin
Gehemmt-antriebslos	DA-/NA-/5-HT-Aktivierung	SSRI, SSNRI, Bupropion
Schlafstörung	5-HT _{2A} -Rezeptorblockade	Mirtazapin, Trazodon, Agomelatin
Ängstlich-phobisch, mit Panikattacken	5-HT-Aktivierung, 5-HT/NA-Aktivierung	SSRI, SSNRI
Mit Zwangssymptomen	5-HT-Aktivierung	SSRI
Mit kognitiven Störungen	5-HT _{1A} -Aktivierung, NA-/DA-Aktivierung	SSRI, SNRI
Mit Bulimie	5-HT-Aktivierung	SSRI
Mit Schmerzen	5-HT/NA-Aktivierung	Duloxetin, Venlafaxin, Mirtazapin
Mit sexuellen Funktionsstörungen	5-HT _{2A} -Rezeptorblockade	Mirtazapin, Trazodon, Agomelatin

Zusätzlich zu den akuten Behandlungsmassnahmen gilt es, der chronischen Natur des Burnouts entgegenzuwirken. Dabei zeigte sich, dass ein günstiges soziales Netzwerk aus Freunden und Familienmitgliedern zwar eine positive Wirkung aufweist, deren Ausmass jedoch beschränkt ist. Die effektivste Massnahme zur Prävention und Rückfallprophylaxe beim Burnout stellt die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz selbst, die Unterstützung seitens Arbeitskollegen und das Verständnis seitens der Vorgesetzten dar [39].

Burnout kritisch hinterfragt

Aufgrund von empirischen Befunden, die eine klare Überschneidung von schwerem Burnout und Depression aufzeigen, gilt Burnout bislang nicht als eigenständige medizinische Entität [6, 40]. Im Gegensatz zu den meisten anderen psychischen Erkrankungen wird Burnout nicht primär deskriptiv, sondern über eine Verflechtung von Symptomatik und Aetiologie-Erklärungen definiert. Zusätzlich kann Burnout durch die Kombination der Merkmale anerkannter, besser definierter Grössen wie Depression, Stress, Ängstlichkeit oder Neurotizismus beschrieben werden [41].

Die hohe Korrelation von Burnout-Symptomen mit denjenigen «klassischer» Erkrankungen macht das isolierte Erfassen von Burnout schwierig. Ausserdem macht die Abgrenzung von der Norm Schwierigkeiten: Hauptkritikpunkt an der ganzen Plethora an Burnout-Fragebögen und Diagnosehilfen, die den Markt überfluten, ist, dass keine aussagekräftigen Normwerte existieren [41]. Hillert und Marwitz [46] kritisieren zudem, dass mit dem Maslach Burnout Inventory (MBI) hauptsächlich stabile Persönlichkeitsmerkmale (v.a. Emotionalität) gemessen werden und weniger die eigentlichen Burnout-Parameter.

Das Modekonzept Burnout wird aus diesen Gründen manchmal auch kritisch hinterfragt. Stellvertretend dafür die Aussage: «[...] arbeiten die Arbeitnehmer in der Schweiz so wenig wie noch nie zuvor. Das vielzitierte Burnout-Syndrom dürfte vor allem eine

Wohlstandskrankheit sein» (F. Schwab in der Weltwoche vom 2.2.2012). Einerseits wird in dieser Aussage ausgeblendet, dass sich der Charakter und die Intensität der Arbeit grundsätzlich verändert haben, andererseits ist der Hinweis auf den heutigen Wohlstand nicht ohne Berechtigung. Die moderne, entpersönlichte Arbeitswelt trifft auf einen gesteigerten Anspruch auf psychisches und körperliches Wohlbefinden (auch bei der Arbeit), was zu Defiziterleben führen und einen individuellen Leidensdruck erzeugen kann [41, 42]. Dass die daraus entstehenden Probleme als Burnout bezeichnet und thematisiert werden, kann Betroffenen helfen, ihr Leiden zu kommunizieren [43], ohne dabei – im Gegensatz zu anderen psychischen Erkrankungen – eine Stigmatisierung zu erfahren. So wird dem Konstrukt Burnout auch in der Fachliteratur ein Nutzen zugesprochen, indem es den Betroffenen die Akzeptanz erleichtert und durch die vergleichsweise positive Konnotation die Hemmschwelle, Hilfe in Anspruch zu nehmen, senken mag [41–43].

In diesem Sinne ist Burnout ein arbeitspsychologisches bzw. psychiatrisches Konstrukt, das beim Erkennen und Behandeln von arbeitsbedingten, langfristig belastenden Stresssituationen mit resultierenden Erschöpfungszuständen hilfreich ist.

Literatur

Die komplette Literaturliste ist auf der Website von PrimaryCare publiziert: www.primary-care.ch > Archiv > Heft 18/2012.

Korrespondenz:

Dr. med. Josef Hättenschwiler
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich ZADZ
Dufourstrasse 161
8008 Zürich
[Jhaettenschwiler\[at\]zadz.ch](mailto:Jhaettenschwiler[at]zadz.ch)

Burnout

PrimaryCare 2012;12: Nr. 18

Literatur / Références

1. Freudenberger, H., The staff burnout syndrome in alternative institutions. Psychotherapy:Theory/Research/Practice/Training, 1975. Bd. 12: p. 72-83.
2. Pines, A., E. Aronson, and D. Kafry, Burnout - from Tedium to Personal Growth. 1981, Free Press: ew York.
3. Ramaciotti D., Perriard J. Die Kosten des Stresses in der Schweiz. www.seco.admin.ch/dokumentation, 2003.
4. Modestin, J., M. Lerch, and W. Böker, Burnout in der psychiatrischen Krankenpflege. Resultate einer empirischen Untersuchung. 1994, Berlin-Heidelberg: Springer.
5. Faust, V., Das Burnout-Syndrom und seine Folgen. Psychiatrie Heute, 2009.
6. Nil, R., et al., Burnout – eine Standortbestimmung. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2010. 161(2): p. 72-7.
7. Brand, S., et al., Associations between satisfaction with life, burnout-related emotional and physical exhaustion, and sleep complaints. World Journal of Biological Psychiatry, 2010. 11(5): p. 744-754.
8. Lee, R.T. and B.E. Ashforth, A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. J Appl Psychol, 1996. 81(2): p. 123-33.
9. Schaufeli, W. and D. Enzmann, The burnout companion to study and practice: a critical analysis. 1998: Taylor & Francis.
10. Shirom, A., Reflections on the study of burnout. Work & Stress, 2005. 19(3): p. 263-270.
11. Maslach, C., Burned-out. Human behavior, 1976. 5: p. 16-22.
12. Burisch, M., Das Burnout-Syndrom: Theorie Der Inneren Erschöpfung. Vol. 3. überarb. Aufl. 2005, Heidelberg: Springer Verlag.
13. Maslach, C. and S.E. Jackson, The Measurement of Experienced Burnout. Journal of Occupational Behavior, 1981. 2: p. 99-113.
14. Kristensen, T.S., et al., The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. Work & Stress, 2005. 19(3): p. 192-207.
15. Demerouti, E., et al., A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. Journal of Advanced Nursing, 2000. 32(2): p. 454-464.
16. Shirom, A., et al., Burnout, mental and physical health: A review of the evidence and a proposed explanatory model. . International Review of Industrial and Organizational Psychology, 2005. 20: p. 269-309.
17. Känel, v., Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. Praxis, 2008. 97(9): p. 477-487.
18. Brand, S. and E. Holsboer-Trachsler, Das Burnout Syndrom – eine Übersicht. Therapeutische Umschau, 2010. 11: p. 561 - 565.
19. Suls, J. and J. Bunde, Anger, Anxiety, and Depression as Risk Factors for Cardiovascular Disease: The Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions. Psychological Bulletin, 2005. 131(2): p. 260-300.
20. Melamed, S., T. Kushnir, and A. Shirom, Burnout and Risk Factors for Cardiovascular Diseases. Behavioral Medicine, 1992. 18(2): p. 53-60.
21. Ekstedt M, et al., Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout. Scand J Work Environ Health, 2006. 32(2): p. 121-131.
22. Kudielka, B., S. Bellingrath, and D. Hellhammer, Cortisol in burnout and vital exhaustion: an overview. G Ital Med Lav Ergon., 2006. 28(1): p. 34-42.
23. Kudielka, B.M., et al., Exhaustion is associated with reduced habituation of free cortisol responses to repeated acute psychosocial stress. Biological Psychology, 2006. 72(2): p. 147-153.
24. Söderström M, et al., Sleep and sleepiness in young individuals with high burnout scores. Sleep. , 2004. 27(7): p. 1369-77.
25. von Känel, R., et al., Effects of Psychological Stress and Psychiatric Disorders on Blood Coagulation and Fibrinolysis: A Biobehavioral Pathway to Coronary Artery Disease? Psychosomatic Medicine, 2001. 63(4): p. 531-544.
26. Wirtz, P.H., et al., Coagulation Activity Before and After Acute Psychosocial Stress Increases With Age. Psychosomatic Medicine, 2008. 70(4): p. 476-481.
27. Melamed, S., et al., Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychological Bulletin, 2006. 132(3): p. 327-353.
28. Ekstedt, M., M. Söderström, and T. Åkerstedt, Sleep physiology in recovery from burnout. Biological Psychology, 2009. 82(3): p. 267-273.
29. Grossi, G., et al., Physiological correlates of burnout among women. Journal of psychosomatic research, 2003. 55(4): p. 309-316.
30. Melamed, S., et al., Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. Journal of psychosomatic research, 1999. 46(6): p. 591-598.
31. Vela-Bueno, A., et al., Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. Journal of psychosomatic research, 2008. 64(4): p. 435-442.
32. Balbo, M., R. Leproult, and E. Van Cauter, Impact of Sleep and Its Disturbances on Hypothalamo-Pituitary-Adrenal Axis Activity. International Journal of Endocrinology, 2010. 2010.
33. Nutt, D., S. Wilson, and L. Paterson, Sleep disorders as core symptoms of depression. Dialogues Clin Neurosci, 2008. 10(3): p. 329-36.
34. Holsboer-Trachsler, E. and C. Vanoni, eds. Depression in der Praxis. Vol. 3, Socio-Medico.
35. Holsboer-Trachsler, E.H., Josef; Beck, Johannes; Brand, Serge; Hemmeter, Ulrich Michael, Keck, Martin Ekkehard; Rennhard, Stefan; Hatzinger, Martin; Merlo, Marco; Bondolfi, Guido; Preisig, Martin; Attinger Andreaoli, Yvette;

- Gehret, Anouk; Bielinski, Daniel; Seifritz, Erich, Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen, 1. Teil. Schweiz Med Forum, 2010. 10 (46): p. 802-809.
36. Holsboer-Trachsler, E.H., Josef; Beck, Johannes; Brand, Serge; Hemmeter, Ulrich Michael; Keck, Martin Ekkehard; Renzhard, Stefan; Hatzinger, Martin; Merlo, Marco; Bondolfi, Guido; Preisig, Martin; Attinger Andreaoli, Yvette; Gehret, Anouk; Bielinski, Daniel; Seifritz, Erich, Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen, 2. Teil. Schweiz Med Forum, 2010. 10 (47): p. 818-822.
 37. Keck, M.E.R., Axel; Rufer, Michael; Hemmeter, Ulrich Michael; Bondolfi, Guido; Preisig, Martin; Renzhard, Stefan; Hatzinger, Martin; Holsboer-Trachsler, Edith; Hättenschwiler, Josef; Seifritz, Erich, Die Behandlung der Angsterkrankungen. Teil 1: Panikstörungen, Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobien. Schweiz Med Forum, 2011. 11 (34): p. 558-566.
 38. Holsboer-Trachsler, E.H., Florian, Handbuch der Psychopharmakotherapie, Kapitel 53: Antidepressiva. 2012, Springer. p. 589-628.
 39. Marjanovic, Z., E.R. Greenglass, and S. Coffey, The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey. International journal of nursing studies, 2007. 44(6): p. 991-998.
 40. Iacovides, A., et al., The relationship between job stress, burnout and clinical depression. Journal of affective disorders, 2003. 75(3): p. 209-221.
 41. Lesky, J., Kritik am Burnout-Konzept. Arbeitsmedizin, 2010: p. 26-30.
 42. Lesky, J., Diagnostik: Bestseller Burnout. ärztomagazin MMA, 2010(7).
 43. Brühlmann, T., Was ist Burnout? Praxis 2007. 96(22): p. 901-5.